1926

Aus der Universitätsfrauenklinik Göttingen.
Direktor: Prof. Dr. med. Reifferscheid.

Medical Library

Ueber zufällig in Operationswunden zurückgelassene Fremdkörper.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt der
hohen medizinischen Fakultät
der
Georgia Augusta
von

Karl Habbe aus Celle.

Referent: Prof. Dr. Reifferscheid.

Buchdruckerei August Pohl, Celle.
1926.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0012

Im Jahre 1900 veröffentlichte v. Neugebauer in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie eine Statistik von 108 Fällen über zufällig in der Operationswunde zurückgebliebener sub operatione gebrauchter Fremdkörper. Damals schwebte ein Prozess gegen einen Warschauer Arzt wegen eines derartigen Falles. Neugebauer war als medizinischer Sachverständiger zugezogen. Der Zweck seiner Arbeit sollte sein, vor Gericht den Nachweis zu erbringen, dass ein solches Zurücklassen von Fremdkörpern in der Operationswunde ein keineswegs seltenes Ereignis und nicht jedes Mal unbedingt auf das Schuldkonto des Arztes zu setzen sei. 1904 erschien eine zweite Sammlung. Wieder gab den Anlass dazu ein Prozess gegen einen Arzt, der in Warschauer Kreisen grosses Aufsehen erregte. Die Oeffentlichkeit nahm Stellung gegen den Arzt, und man scheute sich nicht, in Zeitungen und Witzblättern gegen ihn in gehässiger Weise vorzugehen. Aber auch in diesem Falle wurde der Arzt freigesprochen. 1907 erschien abermals eine Statistik von Neugebauer über 39 Fälle. Goerlich fügte 5 weitere Fälle hinzu und gab eine tabellarische Uebersicht. Eine Freiburger Dissertation aus dem Jahre 1912 berichtete über 12 weitere Fälle, sodass eine Kasuistik von über 255 Fällen vorliegt.

In der Mehrzahl der Fälle wurden Gazekompressen und Schwämme zurückgelassen (178 mal), dann Instrumente (43 mal), 6 mal ein Gummidrain, 4 mal verschiedene andere Fremdkörper, 28 mal findet sich keine nähere Angabe über die Art des gefundenen Fremdkörpers.

Die folgenden 42 Fälle sind aus der Literatur von 1900 bis jetzt gesammelt, teilweise handelt es sich um vollständig veröffentlichte Fälle, teilweise nur um kurze Mitteilungen oder Demonstrationen von durch Operation entfernten Fremdkörpern in Sitzungen ärztlicher Gesellschaften, über die näheres in der Literatur nicht angeführt ist.

1. (Gerich, Zeitschrift für Gynäkologie Bd. 40, S. 750). Bei einer Patientin wurde 7 Monate nach einer Bauchoperation eine Gazekompresse in der Peritonealhöhle gefunden, welche eine langdauernde Fisteleiterung verursacht hatte. Die sofortige Entfernung des Fremdkörpers durch Operation wurde von der Patientin wegen einer bestehenden Schwangerschaft abgelehnt. Erst nach erfolgter Spontangeburt und normal verlaufenem Wochenbett wurde die Abszesshöhle freigelegt und der Fremdkörper entfernt, worauf alsbald Heilung eintrat.

2. (Stöckel, Zentralblatt für Gyn. Bd. 32, Nr. 1). Bei einer Patientin war ein Jahr vorher wegen doppelseitiger gonorrhoischer Adnexerkrankung eine Laparotomie gemacht. Beim Lösen von Verwachsungen wurde die Blase verletzt, der 1½ cm lange Riss vernäht, die Wunde tamponiert. Eine zurückgebliebene Urinbauchdeckenfistel schloss sich allmählich, jedoch traten nach einiger Zeit Schmerzen in der Blasengegend auf, der Urin wurde trübe und die Fistel etablierte sich von neuem. Bei der cystoskopischen Untersuchung fand sich ein polypöses Gebilde an der Blasenhinterwand mit inkrustierter Oberfläche. Es wurde die Diagnose Ligatureinwanderung in die Blase gestellt. Beim Extrahieren der vermeintlichen Ligatur entpuppte sich dieselbe als ein 20 cm langer Gazestreifen. Reaktionslose Heilung.

3. Stöckel (ebendort Nr. 37). Eine 26jährige Patientin kam wegen Beschwerden beim Wasserlassen in die Klinik. 8 Monate vorher war sie angeblich wegen Darmverschlingung operiert. Hinter der Symphyse war ein harter, spitzer Gegenstand zu fühlen, neben dem anteflektierten Uterus ein mannsfaustgrosser Tumor. Die cystoskopische Untersuchung zeigte einen aus 2 Branchen bestehenden in das Blasenlumen hineinragenden Gegenstand. Der Gegenstand, eine Schieberklemme, wurde durch Kolpokystomie entfernt, die Blase verschlossen. Eine kleine Blasenfistel wurde durch einen zweiten Eingriff verschlossen, worauf sofort Heilung eintrat.

4. (Ellerbroek, Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1922, S. 341). Frau B., 61 Jahre alt, war 2 Jahre zuvor in einem auswärtigen Krankenhause wegen eines rechtsseitigen Bruches operiert. Ein Vierteljahr darauf bildete sich »eine kleine sezernierende Wunde«, die der Arzt in der Annahme, es handele sich um das Abstossen einer Ligatur, ätzte. Darauf schloss sich die Fistel, brach jedoch bald wieder auf. Dieses wiederholte sich mehrmals. Dazu gesellte sich hartnäckiger Harndrang, der die Patientin in die Klinik führte. Nach energischer Behandlung der bestehenden Cystitis war nach 3 Tagen eine cystoskopische Untersuchung möglich. Dabei zeigte sich an der linken Ureteröffnung eine kastaniengrosse über das Niveau der Blasenschleimhaut herausragende, festsitzende Masse. Die Diagnose lautete: Fremdkörper in der Blase. Die Eröffnung der Blase von der Vagina aus führte einen mit Harnsalzen inkrustierten Tupfer zu Tage. Die Rekonvaleszenz verlief ungestört, sodass die Patientin die Klinik am 16. Tage nach der Operation verlassen konnte. Wahrscheinlich war die Hernie von einem Blasenzipfel gebildet und bei der Operation verletzt, der Tupfer in der Tiefe liegen geblieben und in die Blase eingewandert.

5. Elschner (In aug. Diss. Kiel 1922). Die Patientin, eine 40jährige 9 para, litt seit der dritten Geburt unter heftigen Anfällen von Atemnot und psychischer Aufregungen in langen

Intervallen von 2—3 mal im Jahr. Seit 6 Wochen subjektive Graviditätsbeschwerden, Herzklopfen und Schwindel. Die Frau kam in die Klinik zur Beobachtung, ob die Unterbrechung der Gravidität wegen der bestehenden Beschwerden erforderlich sei, was nach mehrtätiger Beobachtung abgelehnt wurde. Nach zwei Monaten kam die Patientin abermals in die Klinik; in einem anderen Krankenhaus war der artifizielle Abort eingeleitet und der Uterus tamponiert. Nach einiger Zeit waren Beschwerden in der linken Bauchgegend aufgetreten. Die Patientin bemerkte einen gänseeigrossen Tumor links vom Nabel. Der untersuchende Arzt hatte eine Ovarialcyste angenommen und die Frau in die Klinik geschickt. Eine sichere Diagnose konnte jedoch nicht festgestellt werden und der Frau wurde geraten, sich möglichst bald zur Beobachtung und Untersuchung in die Klinik aufnehmen zu lassen. Erst nach 2 Jahren kam sie wieder, um sich den grösser werdenden Tumor entfernen zu lassen. Bei der Operation stellte sich heraus, dass der Inhalt des Tumors, der aus verklebten Darmschlingen bestand, eine erbsenbreiartige Flüssigseit und ein etwa 1 m langer Gazestreifen war. Nach Entfernung desselben und Versorgung der Wundhöhle wurde der Leib geschlossen. Die Rekonvaleszenz verlief ungestört.

6. (Ebendort). Frau H., 49 Jahre, 1910 Entfernung einer Eierstocksgeschwulst durch Bauchschnitt. Nach der Operation traten Schmerzen im Kreuz und am After auf, die bei der Stuhlentlehrung besonders heftig wurden. Der Stuhl war teilweise angehalten, teilweise diarrhorisch. Einige Zeit darauf bekam die Patientin übelriechenden Ausfluss, der alsbald blutig wurde. Die Körperkräfte der Frau nahmen ab und Anfälle von Herzschwäche stellten sich ein. Der Arzt fand bei der Untersuchung eine Verwachsung der hinteren Muttermundslippe mit der sich fest anfühlenden vorderen Wand des Rektums. In dem Glauben, es handele sich um ein Carcinom, schickte er die Patientien in die Klinik. Bei der Untersuchung ergab sich, dass die Portio gegen die Symphyse gedrängt war durch einen Tumor, der sich vom Kreuzbein aus nach vorn vorwölbte und der hinteren Scheidewand adhärend war. Im hinteren Scheidengewölbe befand sich eine erbsengrosse Oeffnung, aus der sich gelbliches Sekret entleerte. Rektal fühlte man einen apfelgrossen nur wenig beweglichen nicht sehr harten, an seiner Oberfläche teilweise ulzerierten Tumor, der sich nicht deutlich von dem corpus uteri abgrenzen liess. Die Rektoskopie ergab normale Rektumschleimhaut, keine Ulzerationen, nur eine Vorwölbung an der Stelle des Tumors. Nach Reizbehandlung mit 10 %igem Kampferöl nach 14 Tagen Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentierte sich ein Konvolut von mit einander verbackenen Darmschlingen bedeckt mit weissen, wachsartigen Knötchen von verschiedener Grösse, die als Carcinommetastasen

angesprochen wurde. Auch das Netz war an zahlreichen Stellen mit den Darmschlingen verwachsen. Beim genauen Zusehen und Suchen nach dem primären Carcinom fand sich links neben dem Uterus ein Tumor, welcher als der primäre Herd angesprochen wurde. Er erwies sich beim Lösen als eine Höhle mit einem übelriechenden Gazestück als Inhalt, das an einer Stelle die Darmwand arrodiert hatte. Nach Entfernung desselben und sorgfälltiger Wundtoilette Tamponade des alten Wundlagers, der Tampon wurde durch die Vagina hinausführt. Die zuerst als Carcinommetastasen angesprochenen weissen Knötchen auf der Darmserosa erwiesen sich als Fibringerinnsel, die infolge der anteoperativen Kampferölinjektion entstanden waren. Eine sich bildende Kotfistel machte eine zweite Operation notwendig, worauf allmählich Heilung eintrat. Das durch die Operation entfernte Bauchtuch bestand aus mehreren übereinander genähten Gazestücken von viereckiger Form, 20 cm lang und 15 cm breit. An einer Stelle befand sich ein 3 cm schmales Bändchen.

7. Bauereisen-Kiel fand einen Tupfer, der bei einer Adnexoperation in der Bauchhöhle liegen geblieben war. Ein nach der Operation auftretender Ileus machte eine Relaparatomie nötig, bei der der Tupfer entfernt wurde.

8. Puppel-Mainz berichtet von einer abgebrochenen Nadel, die 8 Jahre nach einer Laparotomie wegen eines Uterusmyoms und gleichzeitig bestehender Tubargravidität gefunden wurde.

9. Knoop-Duisburg entfernte durch Relaparotomie einen Tupfer, der bei der Operation einer Tubargravidität zurückgeblieben war.

10. Frankenstein-Köln fand einen Tupfer, der nach Wertheim-Schautascher Prolapsoperation in die Blase eingewandert war.

11. Sachs-Königsberg fand die Spitze einer Pravazkanüle, die in der Blasenwand steckte. Sie war bei der Punktion einer parametrischen Exsudates abgebrochen.

12., 13. Walso berichtet über 1. einen Jodoformgazebausch, der bei einer Laparatomie in der Bauchhöhle liegen geblieben war und zwei Jahre später zufällig bei einer Uterusextirpation gefunden wurde, 2. einen Tupfer, der nach einer Laparotomie durch eine eiternde Bauchwunde ausgestossen wurde.

14. In der geburtshilfl. und gynäkol. Gesellschaft in St. Petersburg wird berichtet, dass ein 15 cm langes Darmrohr spontan in die Blase eingewandert ist.

15. Porter veröffentlicht in einer amerikanischen Zeitschrift einen Fall von einem im Abdomen zurückgelassenen Gazetupfer.

16. Coffey: Nach einer Hysterektomie trat ein Ileus auf. Die Laparotomie förderte einen Gazetupfer zu Tage.

17. Kermauner: Ein Fall eines zurückgelassenen Tupfers analog dem von Stoeckel beschriebenen.

18. Nighoff fand bei einer Relaparotomie in der Tube einen Tupfer, der bei einer Laparotomie vergessen war.

19. Maxwell: Bei einer 45jährigen Frau wurde ein Jahr nach der Operation einer linksseitigen Leistenhernie und einem Eingriff an der Cervix von anderer Seite ein grosser, die kontrahierte Blase völlig ausfüllender Stein festgestellt und nach Zerstückelung auf veginalem Wege extrahiert. Das Zentrum des Steines bildete ein Gazetupfer. Es wird angenommen, dass bei der Herniotomie ein Blasenzipfel eröffnet wurde und dadurch der Tupfer in die Blase gelangte. Für den Weg per urethram oder per vaginam fehlt wenigstens jeder Anhaltspunkt. Heilung.

20. Fabrizius demonstriert einen Tupfer, der nach Totalextirpation des Uterus in die Blase eingewandert war.

21. Fergusson fand eine Klemme im Abdomen, die durch Relaparotomie entfernt wurde.

22, 23. Hinterstoisser berichtet 2 Fälle, wo Tupfer im Abdomen beim Bauchschnitt zurückgeblieben waren.

24. Furnis entfernte zwei Tupfer, von denen einer in der Blase, einer in der Vagina lag.

25. Mayland entfernte durch Relaparotomie aus dem Jejunum einen Jodoformgazestreifen, der während einer Gallensteinoperation liegengeblieben war.

26. Rolly fand im Dünndarm einer Patientin einen Tupfer, der vor 6 Jahren bei einer Laparotomie wegen Tubargravidität zurückgeblieben war.

27. Kinkead: Gazestreifen im kleinen Becken nach Laparotomie.

28. Philipps: Demonstration eines eingekapselten Tupfers nach einer Abdominaloperation.

29. Nagel: Demonstration eines Tupfers, der in der Bauchhöhle zurückgeblieben und Ursache einer langen Fisteleiterung gewesen war.

30. Hilmann: Eine Patientin kam mit schwerem Blasenkatarrh in die Klinik, der von wiederholtem Ausstossen grösserer und kleinerer Konkremente begleitet war. Der Kern derselben war regelmässig ein Stückchen Fadengewebe. Da die Kranke einige Zeit vorher in einem anderen Krankenhause wegen doppelseitiger Pyosalpinx auf vaginalem Wege operiert war, so lag die Vermutung nahe, dass eine Ligatur die Ursache der erwähnten Erscheinungen war. Ein operativer Eingriff, der der früheren Vaginalnarbe folgte, führte zu keinem Ergebnis. Dagegen gelang es nach genügender Dehnung und teilweiser Spaltung der Urethra einen noch in der Blasenwand festhaftenden Fremd-

körper zu entfernen, der sich als Rest eines aller Wahrscheinlichkeit nach während des ersten Eingriffes im Operationsgebiet zurückgelassenen Gazetupfers herausstellte. Die Kranke genas schnell und wurde beschwerdefrei entlassen.

31. Watson und Desnos berichten über einen Fall, wo ein während einer Operation in der Bauchhöhle zurückgelassener Tupfer 14 Tage nach der Operation eine Extrauteringravidität vortäuschte. Erst eine Laparotomie klärte den wahren Sachverhalt auf.

32. Mackenrodt berichtet über einen Fall, wo ein vergessener Tampon eine lange Fisteleiterung verursachte.

33. Nagel: Demonstration eines in der Bauchhöhle liegengebliebenen Tupfers.

34. Déletrez: Entfernung eines Tampoms aus der Blase, der 6 Wochen vorher bei einer vaginalen Hysterektomie zurückgeblieben war. Der Tampon machte nur Erscheinungen einer Cystitis.

35. Doléris: (la gynékologie août 1912, 16. Année Nr. 8). Eine Patientin war im November 1901 auswärts operiert worden, und zwar war zur Fortnahme der linken Adnexe eine Laparotomie ausgeführt worden. Im Juni 1912 fand Doléris einen Tumor im Douglas bei der im letzten Monat Graviden, bei dem er an die Möglichkeit einer Dermoidcyste des Ovars dachte. Sectio caesarea, lebendes Kind 2740 g. Beim Eingehen auf den Tumor stellt sich heraus, dass er von einer durch Psendomenbranen inkapsulierten Gazekompressen von 15 qcm gebildet war. Wegen der Gefahr der Eiterhöhle in der Nähe des puerperalen Uterus wird dieser extirpiert, die Abszesshöhle nach dem Douglas zu drainiert. Am 20. Tage wird die Patientin als geheilt entlassen.

36. Broun entfernte 5 Monate nach einer Laparotomie wegen Adnexerkrankung einen langen Gazestreifen aus der Bauchhöhle, der so wenig Beschwerden machte, dass die Patientin inzwischen ihren Beruf als Dienstmädchen wieder aufnehmen konnte.

37. Stoeckel berichtet von einem Fall, wo ein Tupfer bei Prolapsoperation nach Wertheim-Schauta zurückgeblieben und in die Blase eingewandert war, wodurch eine hartnäckige Cystitis verursacht wurde. Die Cystoskopie liess einen apfelgrossen Blasenstein erkennen. Die Lithothrypsie klärte jedoch den wahren Sachverhalt auf. Da ein Herausziehen des Tupfers per urethram nicht möglich war, wurde eine Kolpocystotonomie ausgeführt, vor welcher aber der interponierte Uterus erst von der Blase abgelöst werden musste, der dann nach Beendigung der Operation auf die Blasenwand aufgenäht wurde.

38.—41. Max Laren sah vier Fälle, wo 1. nach einer Laparotomie ein in der Bauchhöhle zurückgebliebener Tupfer

ausgestossen wurde. 2. Bei einer Uterusextirpation blieb eine Klemme zurück, die im exulzerierten Darm eingekapselt wurde. Entfernung derselben durch Laparotomie. Heilung. 3. Bei der Spaltung eines Beckenabzesses blieb ein 12 Zoll langer Gazestreifen zurück, was einen starken übelriechenden Ausfluss zur Folge hatte. Entfernung desselben nach zwei Monaten. 4. Bei einer Hysterektomie wurde ein Tupfer vergessen. Die Patientin starb nach drei Tagen, ohne dass eine weitere Todesursache festgestellt werden konnte.

42. Im April 1924 kam eine Patientin in die Universitäts-Frauenklinik Göttingen mit der Angabe, es seien ihr neben der Urethra aus der Vagina seit einem halben Jahr Gazestückchen abgegangen. Vor 14 Jahren hatte sie sich, im zweiten Monat gravide, einer Operation wegen eines grossen Tumors in der Bauchhöhle, der sich als Hydronephrose entpuppte, unterziehen müssen. Das Aufsuchen des Tumors gestaltete sich überaus schwierig und bei seiner Ausschälung trat plötzlich eine grosse Blutung aus den Nierengefässen auf, die durch Ligatur zu beherrschen erst nach grosser Mühe gelang.

In 42 Fällen wurden also gefunden: 25 Tupfer, 6 Gazestreifen, 4 Kompressen, 3 Klemmen, 1 Nadel, 1 Kanüle und 1 Darmrohr. Einmal (Fall 42) steht es nicht fest, worum es sich, ob einen Tupfer oder einen Gazestreifen gehandelt hat.

Ueber den Ausgang der einzelnen Fälle ist in der Mehrzahl kaum etwas in der Literatur festzustellen. Doch ist man wohl berechtigt, angesichts der zahlreichen veröffentlichten Fälle mit einem glücklichen Ausgang einen solchen auch für diese anzunehmen.

Mit den oben angeführten 42 Fällen wären dann im Ganzen 300 Fälle zusammengestellt. Zahlreiche ähnliche Statistiken liegen auch in der ausländischen, vor allem in der amerikanischen Literatur vor. Wie oft aber das Zurücklassen eines Fremdkörpers in Wirklichkeit vorkommt, davon kann man sich auch kein ungefähres Bild machen, denn die Zahl der Fälle, die nie bekannt geworden sind, beträgt sicher noch ein Mehrfaches der veröffentlichten. Es sei hier nur an die zahlreichen Fälle während des Krieges erinnert, wo von den aus Ersatzgummi hergestellten Drains Stücke abbrachen, in den Wundhöhlen verschwanden und so zu den unangenehmsten und langwierigsten Komplikationen führten.

Ein absolut sicheres Mittel, das Zurückbleiben von Fremdkörpern in der Operationswunde zu verhindern, gibt es nicht; und dem gegenüber stehen die zahllosen Schwierigkeiten und unvorhersehbaren Zwischenfälle, mit denen der operierende Arzt zu kämpfen hat, und durch welche die besten Anordnungen und Vorsichtsmassregeln glatt über den Haufen geworfen werden können. Eine der Hauptursachen sind unglückliche Zufälle

bei der Narkose. Tritt während der Operation Amtmungsstillstand auf, und künstliche Atmung muss eingeleitet werden, so kann es nur zu leicht passieren, dass ein Tupfer oder dergl. unbemerkt in der Bauchhöhle verschwindet und nachher übersehen wird, oder wenn der bedrohliche Zustand des Patienten schnellste Beendigung der Operation erfordert. Ebenso werden Brechbewegungen mit Hervorquellen der Därme als Ursache für das Zurückbleiben eines Fremdkörpers angegeben, ferner schwierige Blutstillung, plötzliches Einreissen der Darmwand, Platzen eines Abszesses oder Unübersichtlichkeit des Operationsfeldes durch ausgedehnte Verwachsungen. Und es ist eigentlich zu bewundern, dass unter solchen Umständen derartige unliebsame Zwischenfälle nicht öfter passieren als in 1 pro Mill. bis 1 % der Fälle (Rupprecht). Die Zahl der Mittel und Methoden, die zur Verhütung des Zurücklassens von Operationsutensilien in der Wunde angegeben sind, geht ins Unendliche. Doch das Mittel ist immer noch nicht gefunden, und es wird auch solange es menschlichen Irrtum gibt, nicht gefunden werden. Eins der wesentlichen Hilfsmittel ist eine gute Narkose. v. Neugebauer legt hierauf den allergrössten Wert, indem er in einer schlechten Narkose die Hauptursache für das Zurückbleiben eines Fremdkörpers sieht. Tiefe Narkose von geübter Hand ist das beste Mittel, um solchen Zwischenfällen zu begegnen. Um das Operationsfeld übersichtlicher zu machen, dient die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung und die Beleuchtung mit einem Reflektor. Dazu kommt noch die beständige Aufmerksamkeit des Operateurs und eine zuverlässige Assistenz. „Gastrollen im Assistieren sind streng zu vermeiden, selbst wenn dieser Gast selbst als Operateur sich ausgibt oder gilt". (v. Neugebauer).

Neben diesen Methoden allgemeiner Art bestehen noch unzählige Massnahmen, die Operationsutensilien ständig zu kontrollieren. Um sich über die Zahl der in Anwendung gebrachten und vorhandenen Instrumente jederzeit informieren zu können, wird stets eine ganz bestimmte Anzahl zu jeder Operation bereit gelegt. Je kleiner die Zahl, desto leichter natürlich auch die Uebersicht. v. Bergmann und Bruns empfehlen für die Arbeit in der Tiefe der Peritonealhöhle die Verwendung möglichst grosser Instrumente, bei denen ein Uebersehen schlechterdings unmöglich ist. An Methoden Tupfer und Kompressen zu kontrollieren gibt es unzählig viele. Sie werden nummeriert, beim Gebrauch gezählt und notiert. Kelly liess sich eigens ein Stativ dafür bauen, an dem die gebrauchten Kompressen so aufgehängt werden, dass ein einziger Blick zur Orientierung genügt. Zum Tupfen werden nur Stieltupfer benutzt, die Kompressen in stets gleicher Anzahl zu jeder Operation bereitgelegt und dergl. Anderen dagegen ist das einfache Zählen zu unsicher. Kompressen werden mit langen Bändern versehen, an deren freiem Ende Metallringe, Perlen usw. befestigt sind, die aus der

Operationswunde heraushängen. Anderswo ist es üblich, die Kompressen ausserhalb der Wunde zu fixieren. Wechsberg lässt sie sogar mit einem langen Faden am Boden der Sterilistertrommel befestigen, und am Schluss der Operation werden dann alle Kompressen mit einem Griff entfernt. Vielfach werden die einzelnen Methoden miteinander kombiniert, doch scheinen einige derselben reichlich umständlich, sodass sie für kleinere Krankenhäuser aus Mangel an dem nötigen Personal garnicht in Betracht kommen. In solchen Fällen muss eben angespannteste Aufmerksamkeit des Operateurs alle Hilfsmittel ersetzen, die ihm aus den eben angeführten und sonstigen Gründen nicht zu Gebote stehen.

Mit allen diesen Mitteln ist es wohl möglich unter Beobachtung aller Sorgfalt die Zahl der Fälle, in denen ein Fremdkörper in der Operationswunde zurückbleibt, einzuschränken, aber es ist unmöglich, sie ganz damit aus der Welt zu schaffen.

Was die Prognose der Fälle angeht, so ist sie quoadvitam bedeutend günstiger zu stellen als andere Komplikationen wie Narkoseunfälle und dergl., die auch mit zu dem Risiko gehören, das der Patient auf sich nimmt, indem er zur Operation seine Einwilligung gibt. Kommt es zu einer Klage des Patienten gegen den Arzt, so handelt es sich meistens um Ansprüche der Patienten auf Schadenersatz, weil sie in dem Zurücklassen eines Fremdkörpers in der Operationswunde einen Kunstfehler des Arztes sehen, für welchen derselbe haftbar sein soll.

Der Anspruch des Schadenersatzes gründet sich auf folgende Paragraphen des B. G. B. §§ 611 und 823. §§ 611—30 des B. G. B. handeln vom Dienstvertrag.

§ 611 lautet: Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Gegenstand des Dienstvertrages können Dienste jeder Art sein.

Im § 618 heisst es: „Der Dienstberechtigte hat Räume, Vorrichtungen oder Gerätschaften, die er zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, so einzurichten und zu unterhalten, und Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, so zu regeln, dass der Verpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet". Weiterhin heisst es: „Erfüllt der Dienstberechtigte die ihm in Ansehung des Lebens und der Gesundheit des Verpflichteten obliegenden Verpflichtungen nicht, so finden auf seine Verpflichtungen zum Schadenersatze die für unerlaubte Handlungen geltenden Vorschriften der §§ 842—46 entsprechende Anwendung".

§ 823 u. s. f. behandelt die unerlaubten Handlungen. Es heißt hier: „Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den

Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines Andern verletzt, ist dem Anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.“ Ueber die Verpflichtung zum Schadenersatz besagt § 842: „Die Verpflichtung zum Schadenersatze wegen einer gegen die Person gerichteten unerlaubten Handlung erstreckt sich auf die Nachteile, welche auf die Handlung für den Erwerb oder des Fortkommens des Verletzten herbeiführt“.

Für den Richter ergeben sich hiermit folgende vier Punkte, die für ihn von Wichtigkeit sind:

1. Rechtswidrigkeit der Handlung.
2. Schuldhaftes Handeln (Vorsatz, Fahrlässigkeit).
3 Eingetretener Schaden.
4. Kausalzusammenhang zwischen 2 und 3.

Für den Arzt ergibt sich aus den Paragraphen folgendes: § 611 legt das rechtliche Verhältnis dar, in welches der Patient zum Arzt eintritt, wenn er sich in die Behandlung desselben begibt; d. h. es liegt ein Vertrag vor, der Arzt verpflichtet sich gegen entsprechendes Honorar den Patienten zu heilen, die Beschwerden desselben zu beseitigen oder zu vermindern, soweit dieses dem menschlichen Können und dem derzeitigen Stande ärztlicher Wissenschaft entsprechend möglich ist; dass der Arzt seinerseits alles aufbieten muss, was in seinen Kräften steht, um dem gerecht zu werden, liegt auf der Hand. Dazu gehört, dass er, wie § 618 sagt, in jeder Beziehung seine Vorkehrungen und Massnahmen sorgfältig und rechtzeitig trifft. Es ist nicht allein damit getan, dass er vor jeder Operation seine gewohnten Vorkehrungen zur — worum es sich hier handelt — Verhütung des Zurückbleibens von Operationsutensilien in der Wunde trifft, sondern er muss sich auch auf Grund exaktester Untersuchung überlegen, mit welchen Komplikationen er eventuell zu rechnen hat. Der Patient soll eben „gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt sein, als die Natur der Dienstleistung es gestattet“.

Er muss also alles Menschenmögliche aufbieten, soll die Sache nicht unliebsame Folgen für ihn haben. Sonst findet gegen ihn § 823 Anwendung: „wer fahrlässig oder vorsätzlich das Leben . . .“ usw.

Der Vorsatz soll hier unerörtert bleiben, da vorsätzliche Gesundheitsschädigung ohne weiteres zivil- und strafrechtlich haftbar macht.

Ebenso soll die Frage des fahrlässigen Handelns auf Grund einer falsch gestellten Diagnose unberücksichtigt bleiben. Im Nachstehenden soll nur über die Frage der Fahrlässigkeit des Arztes im Falle des Zurücklassens von Fremdkörpern in der Operationswunde gesprochen werden.

Seiner Verantwortlichkeit muss sich der Arzt bewusst sein, wenn er an eine Operation herantritt. Er arbeitet auch nicht mit der Sicherheit einer Maschine, dass ihm nicht einmal versehentlich ein Tupfer oder dergl. in der Operationswunde zurückbleiben könnte. Dass der dadurch geschädigte Patient nicht nur unglücklich sondern auch entrüstet ist, dass er den Arzt für einen Stümper hält, vor dem zu warnen ist, dass er unter Umständen Rechtsspruch und Entschädigung fordert, ist von seinem Standpunkte aus begreiflich.

Ob in einem solchen Falle der Arzt schadenersatzpflichtig ist, hängt von den besonderen Tatumständen ab unter Berücksichtigung aller Momente, die dabei eine Rolle spielen. Diese allein und aus eigener Sachkunde zu prüfen und gegeneinander abzuwägen wird kaum jemals der Richter imstande sein; vielmehr wird er zu diesem Zwecke einen medizinischen Sachverständigen zuziehen, der auf diesem Gebiete genügend Ueberblick und Erfahrung besitzt. Die endgültige Entscheidung liegt jedoch allemal in der Hand des Richters.

Während für diesen die oben angeführten 4 Punkte von Wichtigkeit sind, hat sich der Gutachter vorwiegend mit Punkt 2, schuldhaftes Handeln und Fahrlässigkeit, zu befassen. Für ihn besteht also die Aufgabe, im Gutachten die Tatumstände in einer dem Richter verständlichen Form einer eingehenden Prüfung zu unterziehen und darzulegen, ob nach seinem, also ärztlichem Ermessen ein schuldhaftes Handeln durch Fahrlässigkeit vorliegt oder nicht. Und dieses wird der Richter dann bei seiner Entscheidung berücksichtigen.

Der Sachverständige hat dabei an folgendes zu denken und danach sein Vorgehen beim Prüfen des Falles einzurichten.

Der Begriff Fahrlässigkeit ist im Bürgerlichen Gesetzbuch dahin formuliert (§ 276): „Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt ausser Acht lässt". Dieser ganz allgemeinen Definition liegen folgende Reichsgerichtsentscheidungen zugrunde, welche sich mit dem Begriff Fahrlässigkeit befassen. Es wird dort gesagt: der Begriff Fahrlässigkeit setzt eine pflichtwidrige Ausserachtlassung der durch die konrekten Umstände des einzelnen Falles gebotene Sorgfalt und Aufmerksamkeit voraus, bei deren Anwendung der eingetretene, für den Täter vorhersehbare Erfolg sich hätte vermeiden lassen (R. G. Entsch. 19. II. 1900). Für die Annahme einer fahrlässigen Körperverletzung oder — Tötung ist demnach erforderlich, dass der Täter den einzelnen Erfolg, der die Vorbedingung nach § 230 bezw. § 222 bildet, bei gewöhnlicher Vorsicht hätte voraussehen müssen (R. G. Entsch. 13. X. 1891). Die Voraussehbarkeit der Rechtsverletzung ist eine allgemeine Voraussetzung fahrlässiger Delikte (R. G. 19. III. 1896). (Lochte, gerichtsärztl. und polizeiärztl. Technik).

Greifen wir nun auf den oben angeführten § 618 zurück, so hat der Sachverständige zu prüfen, ob der Beklagte die aus diesem Paragraphen sich ergebenden Vorbedingungen erfüllt hat; d. h. also, ob die allgemeinen Vorbereitungen sorgfältig getroffen waren, ob eine genaue Diagnosenstellung möglich war, auf Grund welcher man auf irgendwelche Gefahren während der Operation schliessen konnte, welche den Arzt zu ganz besonderer Vorsicht mahnen und ihn zum Ergreifen ganz bestimmter Massregeln führen mussten. Was für voraussehbar anzusehen ist, dafür gilt als Masstab, was man von einem normal ausgebildeten sorgfältigen Arzte verlangen kann. Ein aussergewöhnlich unfähiger oder gleichgültiger Arzt hat keinen Anspruch darauf, dass ihm diese Eigenschaften zu gute gehalten werden.

Im Allgemeinen wird der Arzt die der betreffenden Operation anhaftenden Gefahren bis zu einem gewissen Grade übersehen und sich danach einrichten können. Er wird infolgedessen die Vorsichtsmassregeln besonders beachten, die ihn vor dem Zurückbleiben eines Gebrauchsgegenstandes in der Wunde bewahren sollen. Führt er eine Operation aus, die einen normalen Verlauf und normale Verhältnisse zeigt, und bleibt dabei ein Tupfer oder dergl. in der Wunde zurück, so liegt in diesem Falle offenbar eine Fahrlässigkeit vor. Denn wenn unsere Hilfsmittel, die zur Verhütung derartiger Ereignisse dienen sollen, auch nicht absolut zuverlässig sind, so sind sie doch immerhin dazu angetan, unter normalen Verhältnissen einen sicheren Schutz zu gewähren. Die Versager kommen erst vor, wenn plötzliche Zwischenfälle auftreten, welche dann allerdings leicht alles über den Haufen werfen und somit die Unvollkommenheit unserer Mittel in dieser Beziehung beweisen können. Hier muss im Interesse des Arztes sowohl wie des Publikums unter allen Umständen eine Grenze*) gezogen werden.

Es liegt eben eine Fahrlässigkeit vor, und der Arzt muss die Folgen dafür tragen, gleichgültig, ob die Schuld nun direkt

---

*) Eine Einschränkung ist hier allerdings zu machen. Es ist denkbar, dass durch die örtlichen Verhältnisse ein solches Ereignis herbeigeführt ist. Verstösse des Personals, Wärter oder Assistenten, deren Wirkungskreis durch Dienstvorschrift ausdrücklich oder stillschweigend bestimmt ist, können durch deren Unerfahrenheit oder zu geringer Zahl vorkommen, für welche der Arzt nicht zur Verantwortung heranzuziehen ist, sofern er auf die Unzulänglichkeit der Verhältnisse hingewiesen und sich in jeder Richtung bemüht hat, dieselben abzustellen. In diesem Falle muss eben die Verwaltung herangezogen werden. Dabei darf man dann unter besonderen Verhältnissen nicht allzu strenge vorgehen, wenn es sich um kleine Krankenhäuser handelt, die nur durch Mildtätigkeit und private Stiftungen unterhalten werden. (Rabel, Hapftpflicht des Arztes, ein Gutachten. Leipzig 1904). In von öffentlichen Mitteln unterhaltenen Anstalten, Universitätskliniken usw., ist solche Rücksichtnahme natürlich gänzlich unangebracht, denn in solchen Betrieben kann und muss billigerweise möglichste Vollkommenheit in jeder Beziehung verlangt werden.

an ihn selber oder an einem Versehen seines Hilfspersonals liegt; er ist nun einmal verantwortlich für den gesamten Operationsverlauf.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn Komplikationen irgendwelcher Art den Gang der Operation erschweren. Nicht die bekannten Gefahren, die der Arzt kennt und kennen muss, sondern die plötzlich auftretenden, ungeahnten sind es, welche das Zurückbleiben eines Fremdkörpers verursachen. Narkoseunfälle werden oft als Grund angegeben, wie auch v. Neugebauer in seiner Statistik nachgewiesen hat. Asphyxie, welche Unterbrechung der Operation und Einleitung künstlicher Atmung usw. erfordert, ist selbstverständlich ein entlastender Moment für den Arzt bei der Entscheidung der Schuldfrage, ebenso, wenn schnellster Schluss der Bauchhöhle wegen des bedrohlichen Zustandes des Patienten geboten ist, oder wenn starke, schwer stillbare Blutungen auftreten. Bei der Schnelligkeit, mit welcher hier gearbeitet werden muss, wo es auf Sekunden ankommt, ist das Zurücklassen eines Operationsgegenstandes, nach welchem man nicht erst lange suchen kann, wenn er überhaupt vermisst wird, sicher nicht als Fahrlässigkeit zu bezeichnen, und der Arzt ist vor dem Richter entlastet. Das gleiche gilt, wenn ein abgekapselter Abszess platzt und der Eiter die ganze Bauchhöhle zu überschwemmen droht. Bei solchen Gelegenheiten kann nicht erst jeder Tupfer gezählt und notiert werden, und ist er erst völlig mit Blut oder dergl. durchtränkt, so ist er in den Buchten und Winkeln des Operationsfeldes nur schwer zu entdecken, wenn er, wie gesagt, überhaupt vermisst wird. Man kann also zusammenfassend sagen, dass Komplikationen irgendwelcher Art den Arzt in eine Zwangslage versetzen, welche ein tatkräftiges und schnelles Handeln erfordert. Dabei kann leicht ein derartiger Fehler unterlaufen, was kein Mensch dem Arzt zum Verschulden anrechnen wird, wofern er nicht ohne jede Sorgfalt und Ueberlegung dabei verfährt, und von einer Fahrlässigkeit kann hier nicht die Rede sein. Sind Narkoseunfälle jedoch durch Ungeschicklichkeit oder Unerfahrenheit des damit Beauftragten verursacht, obwohl ausgebildetes und sicher arbeitendes Personal zur Verfügung stand, so wird der Arzt natürlich für den Schaden aufzukommen haben.

Soll in einem Falle, wo ein Fremdkörper in der Wunde zurückblieb, der Sachverständige sein Gutachten abgeben, so hat er folgende Punkte zu berücksichtigen, die sich für ihn aus den oben angeführten Paragraphen ergeben:

1. Waren die Vorbereitungen, welche der Arzt vor Beginn der Operation traf, dazu angetan, die Sicherheit des Patienten hinreichend zu gewährleisten.

2. War der Verlauf der Operation ein normaler oder traten während derselben Komplikationen auf, auf welche das

Uebersehenwerden und Liegenbleiben des Fremdkörpers in der Wunde zurückzuführen ist.

3. Wenn Komplikationen vorlagen, so ist zu prüfen, ob der Arzt die aus diesen Komplikationen erwachsenden Gefahren vorher erkennen konnte und musste und dadurch in die Lage kam, denselben wohlvorbereitet zu begegnen, oder

4. ob es sich um eine unvorhersehbare Komplikation handelte, die den Arzt in eine Zwangslage versetzte, welche ein solches Vorkommnis, das Zurückbleiben des Fremdkörpers, entschuldigt.

Was etwa als solche Komplikation anzusehen ist, wurde oben dargelegt; bei der Mannigfaltigkeit derselben lassen sich alle Möglichkeiten natürlich nicht aufzählen. Der Sinn ist jedenfalls klar, die Einzelheiten müssen von Fall zu Fall entschieden werden. Das zur Beantwortung dieser Fragen eine grosse Erfahrung des Sachverständigen und eine genaue Kenntnis des Gesetzes gehört, liegt auf der Hand.

Muss der begutachtende Arzt die gesetzlichen Bestimmungen kennen, so gilt das in gleicher Weise auch von dem behandelnden Arzt. Damit aber nicht genug, dieser muss, um sich jederzeit verantworten zu können, ein genaues Protokoll über den gesamten Operationsverlauf führen, je ausführlicher desto besser. Wie bitter sich eine solche Unterlassung rächen kann, lehrt folgender Fall, den Martin seinerzeit veröffentlichte. (Deutsche Med. Woch. 1915 S. 108 u. 137).

Der Fall war kurz folgender: Ein Patient unterzog sich einer Blinddarmoperation, nachdem er vorher von seinem Hausarzt konservativ behandelt war. Die Operation wurde in Lokalanästhesie ausgeführt. In der Tiefe stiess man wie erwartet auf ausgedehnte Verwachsungen und Eiter. Der Wurmfortsatz konnte nur noch in zwei Stücken entfernt werden. Bei dem Versuch, die Bauchhöhle vor dem hervorquellenden Eiter zu schützen, sprang wahrscheinlich eine Klemme ab, mit der das aus der Wunde herausragende Gazestück am Belegtuch befestigt war, und der Streifen verschwand unbemerkt in der Tiefe. Nach Spülung der Bauchhöhle Drainage. 3 Wochen nach der Operation wegen beginnender Peritonitis erneute Spülung und Drainage, der Streifen wurde jedoch wieder nicht gefunden. Mit einer schmalen Fistel wurde schliesslich der Patient entlassen. Bei einer neuen Sondierung fand man dann endlich den Gazestreifen und entfernte ihn. Die Wunde schloss sich, es zeigten sich jedoch Spuren einer Narbenhernie. $^3/_4$ Jahr nach der Operation hat der Patient wieder seinen Dienst angetreten.

Nicht zufrieden, mit dem Leben davon gekommen zu sein, führte der Kranke die langsame Heilung der Wunde, alle weiteren Schmerzen, Beschwerden, Nervenschwäche und eine

Gallensteinkollik mit Leberschwellung auf das Operationsunglück zurück und verklagte den Operateur auf Schadenersatz, Rückerstattung der verschiedenen Unkosten, rund 12000 Mk., ferner auf Entschädigung aller noch etwa eintretenden Schädlichkeiten.

Das Landgericht hatte die Klage abgewiesen. Die Richter hatten sich der Ansicht von Geh. Rat. Hildebrandt-Berlin angeschlossen, welcher sich als Sachverständiger folgendermassen zu dieser Frage äusserte: (Entnommen den Originalakten, welche vom Landgericht Stettin zur Verfügung gestellt wurden.)

1. Bei ungenügender Schmerzlosigkeit (bei der hier angewandten Lokalanästhesie) wird der Kranke unruhig, und die Wunde muss so schnell wie möglich geschlossen werden, wobei übersehen werden kann, dass ein Tampon hineingerutscht ist.

2. Tritt Erbrechen während der Operation auf, so dringen die Därme heraus und müssen mit Gaze zurückgedrängt werden, wobei ein Stück mit in den Bauch hineingelangen kann.

3. Man muss bedenken, dass ein Stück Gaze auch von 1 m Länge nur ein kleines Bällchen ist, das leicht verschwinden kann.

4. Möglicherweise können auch einmal zwei zusammengepresste Gazestreifen statt eines dem Arzte gereicht sein, und bei plötzlichen Zwischenfällen während der Operation kann der Arzt nicht erst nachsehen, ob ihm einer oder zwei gereicht sind.

Welcher Umstand hier zu dem Zurückbleiben des Tampors geführt habe, könne er nicht sagen. Die Tatsache allein, dass er zurückgeblieben ist, könne er aus den angegebenen Gründen nicht als grobe Fahrlässigkeit bezeichnen, sondern als ein entschuldbares Versehen."

Die Berufungsinstanz verwarf das Landgerichtsurteil und gab dem Kläger recht. Das Oberlandesgericht hielt nämlich den Beweis für nicht erbracht, dass eine Komplikation eingetreten sei. Es führte dabei die Aussagen des bei vollem Bewusstsein operierten Patienten an, welcher ausgesagt hatte, die Operation sei ordnungsmässig und ohne Zwischenfall verlaufen. Ausserdem stehe in dem Krankenjournal nichts von einem Zwischenfall oder irgend einem störenden Ereignis, und der Beklagte behaupte nicht, dass etwas Störendes oder Unerwartetes eingetreten sei. Unter diesen Umständen beruhe das Zurückbleiben des Tampons auf einem Verschulden des Arztes.

Das Reichsgericht schloss sich in seinem Urteil vom 9. 7. 13 dem des Oberlandesgerichtes an, wobei es feststellt, dass es sich um ein Ausserachtlassen der im Verkehr notwendigen Sorgfalt handelt, wenn auch keine grobe Fahrlässigkeit vorliege. Bei Anwendung dieser Sorgfalt würde das Zurückbleiben des Tampons in der Wunde vermieden sein. Es müsste, sei es

durch Verbindung von mehreren Sicherungsarten, sei es auf andere Weise, ein Mittel gefunden werden, wodurch das Hineinrutschen des Tampons verhindert und die Entfernung sämtlicher Tampons gewährleistet würde.

Das der Arzt natürlich auf allerlei Schwierigkeiten gefasst sein musste, ist sicher; es wird ja auch zugegeben, dass man ausgedehnte Verwachsungen erwartet hatte. Dass aber der „Eiter hervorquoll", wie es hier heisst, war nicht vorauszusehen, und dass bei der Schwierigkeit der Situation und bei der Schnelligkeit, mit der gearbeitet werden muss, um ein Ueberschwemmen der Bauchhöhle mit dem infektiösen Material zu verhindern, ein Tupfer oder Gazestreifen nur zu leicht verschwinden kann, ist verständlich, so dass von einem fahrlässigen Handeln, so weit sich nachträglich übersehen lässt, nicht gesprochen werden kann. Auf alle diese Umstände hatte ja auch der Sachverständige hingewiesen, und das Landgericht hatte dieselben als entlastend für den Arzt angesehen.

Wenn die Berufungsinstanzen sich trotzdem auf den gegenteiligen Standpunkt stellten, so ist das vielleicht aus folgenden Gesichtspunkten heraus zu erklären. Wenn man nämlich mit dem Begriff „Komplikation" das Moment des Unerwarteten verbindet, was ohne Zweifel seine Berechtigung hat, so sind in unserem Falle die Verwachsungen und das Hervorquellen des Eiters nach dieser Auffassung nicht als Komplikationen zu bewerten, weil in dem Krankenjournal stand: „ . . stiess man, wie erwartet, auf ausgedehnte Verwachsungen und Eiter". Wie schwierig aber die Situation dann wurde, als es galt, den Eiter nun nicht in die freie Bauchhöhle gelangen zu lassen usw., davon stand nichts in dem Krankenjournal, wie aus der Urteilsbegründung des Oberlandesgerichtes hervorgeht. So kam es dann, dass der Richter sich von der wirklichen, für den betreffenden Operateur sehr schwierigen Situation kein rechtes Bild mehr machen konnte. Auf diese Weise ist die Auffassung von Seiten des Oberlandesgerichtes und Reichsgerichtes zu erklären. Der Arzt hatte es eben versäumt, rechtzeitig, d. h. zur Zeit der Operation, die nötigen Feststellungen zu treffen. Infolgedessen war er nicht in der Lage, als es zum Prozess kam, die gesamten ihn entlastenden Momente in der richtigen Form darzulegen. Hätte er damals im Protokoll alle diese richtig festgelegt, so wäre der Ausgang des Prozesses für ihn höchstwahrscheinlich ein anderer gewesen. Und wenn Martin in seiner Veröffentlichung der Meinung Ausdruck gibt, dass das Krankenjournal doch nicht dazu geführt würde, um den Arzt in jedem Falle vor Gericht zu entlasten, so ist dem nicht ganz beizupflichten, denn wie obiger Fall zeigt, kann es sich tatsächlich ereignen, dass der Arzt auf sein vielleicht vor Jahren angelegtes Krankenjournal mit dem Operationsbericht als einziges Beweisstück für die damaligen Verhältnisse angewiesen sein kann.

Und wenn nicht im Krankenjournal, so muss er doch an irgend einer Stelle jederzeit Rechenschaft darüber ablegen können.

So beklagenswert die Verurteilung des Arztes in diesem Falle ist, da ihn nach ärztlichem Ermessen, soweit sich jetzt noch feststellen lässt — die Operation liegt nunmehr über 20 Jahre zurück — an dem Zurückbleiben des Gazestreifens keine Schuld trifft, so musste der Prozess für ihn diesen ungünstigen Ausgang nehmen, da er es, wie oben auseinandergesetzt, versäumt hatte, sich rechtzeitig das nötige Beweismaterial zu beschaffen, das ihn sicher vor diesem ungünstigen Urteil bewahrt hätte. Denn der Richter geht sonst gern auf die unter den Aerzten oder in anderen Berufsständen herrschenden Anschauungen ein, wenn ihm nur das nötige Material dazu beigebracht wird. Das zeigt der Ausgang des Prozesses, welcher sich an das Zurückbleiben eines Gazestreifens in der Operationswunde anschloss, der, oben unter Fall 6 aufgeführt, später in der Universitätsfrauenklinik Kiel gefunden und entfernt wurde.

Hier ergibt sich aus den Akten (vom Landgericht Flensburg zur Verfügung gestellt) folgender Tatbestand: Am 3. März 1910 hat der beklagte Arzt an der Klägerin eine Ovariotomie vorgenommen. Die am Eierstock befindliche Cyste soll besonders dünnwandig gewesen sein, jedenfalls ist sie vorzeitig geplatzt und der Inhalt hat sich in die Bauchhöhle ergossen, ein Teil sei auch in den Douglas'schen Raum gelangt. Die Operation sei sowieso dadurch erschwert gewesen, dass die Narkose unruhig gewesen sei und ein gewisses Drängen der Eingeweide stattgefunden habe. Durch das unerwartete Platzen der Cyste sei höchste Eile geboten gewesen, um durch hineinführen von Kompressen den Cysteninhalt abzufangen und, soweit er schon in die Bauchhöle gelangt sei, wieder aufzusaugen. Auch nach Ausführung der eigentlichen Operation sei grösste Eile geboten gewesen bei der Räumung und Schliessung der Operationswunde mit Rücksicht auf die Unruhe der Patientin.

In dem unerwarteten Platzen der Cyste, der unruhigen Narkose mit dem dadurch bedingten Drängen der Därme usw., liegen eine Reihe von Komplikationen vor. Und wenn man die oben dargelegten Punkte für das Sachverständigengutachten auf diesen Fall anwendet, so kommt man zu dem Schluss, dass der betreffende Operateur nach bestem Wissen und Gewissen hinreichend entlastet ist. Durch Zeugenaussagen war bekundet, dass der Beklagte wie stets in seiner langjährigen Praxis als Operateur so auch hier mit grösster Sorgfalt und Vorsicht zu Werke gegangen sei. Als Sachverständige waren in diesem Falle Geh. Rat. Kümmel, Prof. Stöeckel und Prof. Hoehne zugezogen, die sich einstimmig in dem Sinne ausführlich aussprachen, dass den Arzt an dem Zurückbleiben des Fremdkörpers kein Verschulden durch fahrlässiges Handeln treffe.

Das Gericht schloss sich diesen Gutachten an und wies die gegen den Arzt gerichtete Schadensersatzklage ab. In der Urteilsbegründung des Reichsgerichtes (Reichsgerichtsentsch. 17. X. 1919) heisst es: . . . .

Der Beklagte sei für den Schaden verantwortlich, wenn ihn ein Verschulden treffe. Ob dieses der Fall sei, könne nur nach den besonderen Tatumständen beurteilt werden. Man kann vom Beklagten nicht mehr verlangen, als dass er die Sorgfalt und Vorsicht eines gewissenhaften Operateurs beobachtet habe. In dem Zurücklassen des Fremdkörpers in der Operationswunde sei nach den übereinstimmenden Gutachten der als Sachverständige vernommenen medizinischen Autoritäten ein Mangel an Sorgfalt nicht zu erblicken, da es kein sicheres Mittel gäbe, das Zurücklassen eines Gegenstandes unter allen Umständen zu verhüten. Es könne auch dem gewissenhaftesten und sorgfälltigsten Operateur begegnen, dass er einen Fremdkörper in der Wunde zurücklasse. In 20 Jahren seien 200 derartiger Fälle festgestellt worden. Besonders bei Operationen der Bauchhöhle sei die Gefahr gross bei den vielen Verstecken, welche die Bauchhöhle bietet, und bei der Schnelligkeit, mit der gearbeitet werden müsse. Besondere Umstände, die auf ein Verschulden des Beklagten schliessen liessen, liegen nicht vor. Er habe bei seinen Operationen stets mit der grössten Sorgfalt gearbeitet.

Diese Reichsgerichtsentscheidung zeigt ein völliges Uebereinstimmen des ärztlichen Standpunktes und Auffassung in dieser Frage mit der der Juristen, welches begründet ist durch den Umstand, dass im Gegensatz zu oben der beklagte Arzt das zu seiner Entlastung dienende notwendige Beweismaterial, dieses Mal durch Zeugenaussagen, hinreichend zu erbringen vermochte. Das Reichsgericht erkennt hier die Schwierigkeiten, mit denen der operierende Arzt zu kämpfen hat, stillschweigend an, es verlangt vom Arzt die Vorsicht und Gewissenhaftigkeit eines gewissenhaften Operateurs. Als Mass dieser vom Arzt verlangten Sorgfalt gilt nach Rabel diejenige Sorgfalt, welche der Verkehr von jedem ordentlichen Arzt verlangt unter Berücksichtigung der begleitenden Umstände. Damit ist allerdings ein ziemlich dehnbarer Begriff gegeben, welcher wohlwollender Sachverständigkeit einen vielleicht allzu weiten Spielraum lässt. Wo etwa die Grenze zwischen Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit einerseits und Fahrlässigkeit in Bezug auf das Thema dieser Arbeit andererseits liegt — schematisch lässt sie sich nicht festlegen —, ist oben dargelegt. Hier muss eben — dasselbe gilt für Operationen jeder Art — das persönliche Verantwortungsgefühl und der Rechtsinn des einzelnen gepaart mit einer genauen Gesetzeserkenntnis ersetzen, was der tote Buchstabe allein nicht zu geben vermag.

An dieser Stelle sei es mir noch erlaubt, Herrn Professor Reifferscheid für die Ueberlassung des Themas und Herrn Professor Lochte für die wertvollen Anregungen in dem gerichtlichen Teil der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Dittrich:	Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit.
Ebermayer:	Arzt und Patient in der Rechtsprechung.
Emmert:	Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.
Halfern Günther:	Ueber das Zurücklassen von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Inaug. Diss. Freiburg 1912.
Kelly:	What pvecaution shall we take to avoid leaving fovcign bodies in the abdominal cavity after operation, Zentralblatt f. Gynaekologie 1901.
Kühner:	Straf- und zivilrechtliche Verantwortung des Arztes.
Lochte:	Gerichtliche und polizeiärztliche Technik.
Martin:	Deutsche med. Wochenschrift 1915, S. 108 und 137.
v. Neugebauer:	Zufällige Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers in der Bauchhöhle. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1900 Bd. XI.
derselbe:	87 weitere Beobachtungen von .... Zentralbl. f. Gynäkol. 1904 Nr. 3.
derselbe:	Beitrag zur Frage zurückgelassener Fremdkörper. Archiv f. Gynäkologie 1907 Bd. 82.
Rabel:	Haftpflicht des Arztes, ein Gutachten, Leipzig 1904.
Rupprecht:	Gutachten, Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. Bd. 23. S. 305.
Schwalbe:	Diagnostische Irrtümer.
Wechsberg:	Zur Vorführung des Zurücklassens von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gynaekologie 1907.

Bürgerliches Gesetzbuch f. d. Deutsche Reich 1900.

Entscheidungen d. Reichsgerichts in Zivilsachen.

Die Fälle sind gesammelt aus: Monatsschrift f. Geb. und Gyn. 1900—24. Zentralblatt f. Gynaekologie 1900—24. Archiv f. Gynaekologie 1900—1924.

Lebenslauf.

Ich, Karl Ludwig Kurt Habbe, bin am 3. Januar 1902 als Sohn des damaligen Landesgerichtsrates, jetzt im Ruhestand befindlichen Vicepräsidenten des Oberlandesgerichts Celle Geh. Oberjustizrat Dr. jr. h. c. Albert Habbe zu Hannover geboren. Von Ostern 1908 bis Ostern 1911 besuchte ich die Vorschule in Celle, ging dann auf das dortige Gymnasium über, das ich Ostern 1920 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Das medizinische Studium begann ich im S/S 1920 in Tübingen. Im Winter S. 1921/22 ging ich dann nach Göttingen und legte dort am Ende meines 5. vorklinischen Semesters, S/S 22, die ärztliche Vorprüfung ab. Das erste klinische Semester studierte ich in Leipzig, zwei weitere in Rostock, die letzten beiden Semester studierte ich in Göttingen von Ostern 1924 bis Ostern 1925.